·医防融合专题研究·

基于霍恩-米特模型的医防融合执行影响因素分析

来庆玲[1]，徐川川[1]，冯园园[2]，梁沛枫[3]，李银山[3*]

1.750004 宁夏回族自治区银川市，宁夏医科大学人文与管理学院
2.756000 宁夏回族自治区固原市人民医院
3.750001 宁夏回族自治区银川市，宁夏回族自治区人民医院
*通信作者：李银山，主任医师；E-mail：yinshan9929@163.com

【摘要】 医防融合作为我国医药卫生体制改革的重要方向，对于满足人民群众全方位的健康需求具有重要意义，如何建立科学、有效的医防融合模式是当务之急。运用文献分析等方式收集资料，综述我国医防融合政策的实施现状及困境，并基于霍恩-米特模型的6个维度，对医防融合政策执行影响因素进行分析。在此基础上提出应细化政策目标，明确政策执行标准，加大资源供给力度，丰富政策执行方式，探索医防机构利益共同点、完善“协同机制”，积极引导政策执行者开展医防融合服务等举措，旨在为今后医防融合服务得到高质量提升提供借鉴意义。

【关键词】 卫生服务管理；医防融合；霍恩-米特模型；政策执行；影响因素；政策

【中图分类号】 R 135 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0780

Analysis of Factors Influencing the Implementation of Medical Defense Integration Based on the Horn-mitte Model

LAI Qingling[1]，*XU Chuanchuan*[1]，*FENG Yuanyuan*[2]，*LIANG Peifeng*[3]，*LI Yinshan*[3*]

1.School of Public Health and Management，Ningxia Medical University，Yinchuan 750004，China
2.Guyuan People's Hospital，Guyuan 756000，China
3.People's Hospital of Ningxia Hui Autonomous Region，Yinchuan 750001，China
**Corresponding author：LI Yinshan，Chief physician；E-mail：yinshan9929@163.com*

【Abstract】 As an important direction of China's medical and health system reform，medical and prevention integration is of great significance to meet the all-round health needs of the people，and how to establish a scientific and effective medical and prevention integration model is a top priority. Using literature analysis and other methods to collect data，the implementation status and dilemma of China's medical and prevention integration policy were reviewed，and the influencing factors of medical and prevention integration policy implementation were analyzed based on the six dimensions of the Horn-mitt model. On this basis，it is proposed to refine policy objectives，clarify policy implementation standards，increase resource supply，enrich policy implementation methods，explore common interests of medical and defense institutions，improve "coordination mechanisms"，and actively guide policy implementers to carry out medical and prevention integration services. It aims to provide reference significance for the high-quality improvement of medical and prevention integration services in the future.

【Key words】 Health services administration；Medical defense integration；Horn-meter model；Policy implementation；Influencing factors；Policy

为了深化医改，满足人民群众日益增长的医疗服务需求，提高人们的健康水平，“医防融合”的概念应运而生。医防融合是指“治病”与“防病”相结合，将以临床治疗为特点的医疗服务和以预防为特点的公共卫生

基金项目：2022年宁夏哲学社会科学年度规划项目（22NXBGL15）

引用本文：来庆玲，徐川，冯园园，等. 基于霍恩—米特模型的医防融合执行影响因素分析［J］. 中国全科医学，2024. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0780.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］

LAI Q L，XU C，FENG Y Y，et al. Analysis of factors influencing the implementation of medical defense integration based on the Horn-mitte model［J］. Chinese General Practice，2024.［Epub ahead of print］

服务相互衔接、相互协调，实现医疗与预防一体化[1]。2016 年《“健康中国 2030”规划纲要》中提出“完善医疗卫生服务体系，优化疾病预防控制机制，努力实现医防结合”的工作目标，自此，医防融合上升到战略层面，国家相继出台了一系列政策文件确保医防融合的顺利推进，各地也开展各具特色的医防融合实践探索，如安徽界首模式、重庆沙坪坝区医防“五融合”模式、福建三明模式。各种模式的探索虽取得一定成效，但是从全国范围来看，仍然存在医防融合体系不健全、队伍不稳定、疾病预防力量薄弱、政策落实力度欠缺、信息系统不完善等问题[2-4]。医防融合政策是由中央下达指令，地方负责执行的过程，这与霍恩 – 米特模型自上而下的执行要求相契合，成为本研究利用该模型分析医防融合执行影响因素的主要依据。目前对于医防融合的研究仍处于实践阶段，政策在执行过程中存在一定的阻力，本研究利用霍恩 – 米特模型分析医防融合政策执行过程中的影响因素，发现医防融合执行过程中的盲点，为构建更加有效的医防融合机制提供参考。

1 资料与方法

本研究使用文献综述和现有二手数据分析的方法。

1.1 资料来源

本研究资料来源于两部分，一部分来源于文献资料，另一部分来源于二手数据资料。文献综述部分的文献资料来源于中国知网、万方数据知识服务平台和维普中文期刊服务平台，政策类文献来源于国家官方网站。医防融合是基本医疗服务和公共卫生服务在人才队伍、信息、管理等多方面的融合，公共卫生人员和全科医生是关键要素，基于此，在二手收据分析部分，本研究从2015—2022 年国家卫生统计年鉴中提取公共卫生人员和全科医生人员等数据资料作为主要指标进行解释。

1.2 方法

1.2.1 文献检索：以“医防融合”“执行现状 / 障碍 / 影响因素 / 困境 / 问题”等为关键词，在中国知网、万方数据知识服务平台和维普中文期刊服务平台进行主题检索，文献类型为学术期刊，检索时间设置为 2016 年 10 月—2023 年 6 月。

1.2.2 文献筛选：文献纳入标准：（1）与本研究主题 / 内容相关的文献；（2）中文文献。排除标准：（1）各数据库获取的重复文献；（2）题录不全的文献；（3）无全文的文献。共检索到文献 770 篇，以 EndNote 格式导入题录，最终纳入 178 篇文献形成文献库。文献库主要由三部分组成：（1）文献题录信息；（2）政策执行过程中的影响因素：搜集纳入文献中涉及到医防融合执行中的问题、障碍、困境等因素；（3）影响因素整理：对纳入的影响因素按照霍恩 – 米特模型的 6 个维度进行归纳。

1.2.3 二手数据分析：采用描述性分析方法分析全科医生基本情况中的全科医生总数、每万人口全科医生数等指标以及公共卫生人员情况中的公共卫生人员总数、卫生技术人员数、每万人口专业公共卫生人员数等指标。

1.3 分析框架

霍恩 – 米特模型是由美国学者霍恩和米特提出的，将影响政策执行的因素归结为以下 6 个维度：（1）政策目标和标准。政策目标是政策所要达到的最终效果，是政策的价值诉求[5]，政策标准则是国家相关部门的文件规定和运行标准，主要评估政策执行效果[6]。（2）政策资源。政策资源是指政策执行过程中所需要人力资源、财政资源、信息资源等，资源越丰富，执行者的执行意愿越强烈。（3）政策执行方式。政策执行方式是政策执行者之间、政策执行者与目标群体之间的沟通、协调等互动方式，执行方式的合理性将影响政策执行者的执行意愿。（4）执行机构的特性。政策执行机构的特性是指执行机构的固有属性。（5）系统环境。系统环境是指政策所处的政治、经济和社会文化环境的各个方面。（6）政策执行人员的价值取向。执行者的价值取向是指执行人员对政策的认同感。这 6 个因素相互作用，相互影响，贯穿于政策执行的始终[2]，详见图 1。相较于其他模型，霍恩 – 米特模型能够较为全面地厘清政策执行过程中的各类因素，明确各影响因素在之间的相互关系，为梳理复杂的政策执行影响因素提供思路。鉴于此，运用霍恩 – 米特模型能够从政策执行的视角出发，更加全面地诠释医防融合政策执行过程中的影响因素，提出促进我国医防融合、提升卫生服务水平的政策建议，从而为优化医防融合政策、构建“大卫生、大健康”体系提供决策参考，也为学者们研究医防融合政策提供新的分析框架。

2 结果

2.1 政策目标与标准

2.1.1 政策目标不具体：总结 2016—2022 年间相关政策文件发现，我国的医防融合政策框架正在不断完善，2022 年国务院发布的《“十四五”国民健康规划》中

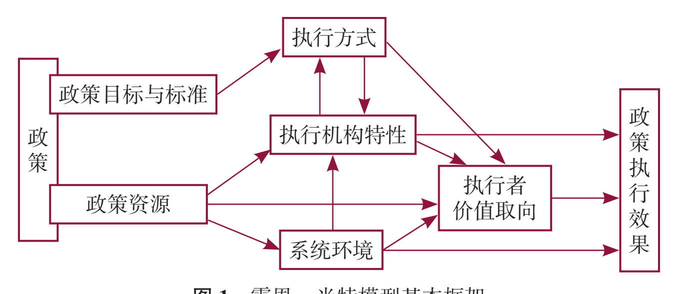


图 1 霍恩 – 米特模型基本框架

Figure 1 Basic framework of the Horn-Mitt model

明确了我国医防融合要达到的目标是形成“病前主动防，病后科学管，跟踪服务不间断”的一体化健康管理服务。但是该目标只是一个定性的总体目标，并未制定定量的细化目标，比如《“十四五”国民健康规划》中，没有具体说明医防融合要达到何种定量指标，因此各地区相关部门在政策执行过程中并无具体目标和参照，对工作目标不够理解，导致政策实施效果不理想。

2.1.2 缺乏明确的政策标准：目前我国医防融合工作主要以基层为突破口，以高血压和糖尿病为切入点，以促进医防融合。在国家层面，大力推动医防融合的政策文件相继出台，但纵观相关文件，医防融合过程效果的评价机制并没有完全建立，《“十四五”国民健康规划》中提到，医防融合考核体系正处于探索阶段，目前，对医防融合工作没有规范化、可考核的运行和评价标准，导致医防融合推进的广度和深度无法评判[7]。

2.2 政策资源

2.2.1 全科医生、公共卫生人才缺口大：全科医生、公共卫生人员是医防融合的关键要素，当前全科医生存在较大缺口，由表1可见，我国全科医生总数从2014年至2021年增加了262 271人，每万人口全科医生数从1.28增长至3.08（表1），但与发达国家普遍要求的“每万人口配备至少5名全科医生”的标准差距较大，全科医生人才队伍的缺乏，成为基层卫生与健康事业发展的“瓶颈”，极大影响了家庭医生的签约服务，进一步影响医防融合工作的进行[8-9]。

表2中，我国公共卫生人员总数和卫生技术人员数量不断上升，每万人口专业公共卫生人员数2017年降至最低值，2018年至2021年呈上升趋势，但公共卫生人力资源数量仍然不足。《医药卫生中长期人才发展规划（2011—2020年）》（卫人发［2011］15号）指出，到2020年，专业公共卫生机构人员数量达到118万人，每万人口公共卫生人员应达到8.3人[10]。本研究结果中，2021年数据显示，公共卫生人员总数与目标尚有22.2万人差距，每万人口专业公共卫生人员差距为1.51，公共卫生人员缺口较大。

2.2.2 信息系统封闭：信息系统条块分割、相对封闭，实时沟通信息平台尚未建立，难以满足医防融合全环节、全周期管理服务需求[11]。于亚航等[12]研究结果显示，西部地区基层医疗机构电子健康档案、电子病历互通共享率低于10%，由于缺乏全程管理，医疗健康数据难以实时掌握，导致存在“信息孤岛”现象，进一步造成信息重叠和资源浪费[13]。此外，医疗体系和公共卫生体系信息融合程度不足，二者沟通主要依靠网络直报系统，且难以获得实时数据，当突发公共卫生事件时，无法充分发挥医疗机构与公共卫生机构之间的协同作用。

2.2.3 公共卫生服务补偿机制不健全：财政对“医”“防”机构公共卫生服务的补偿水平偏低，有研究显示，2019年医院开展公共卫生服务的费用中有17%左右需要自筹资金开展活动，公共卫生机构则有19%左右需要自筹资金开展相关公共卫生服务[14]。这就容易造成医疗机构得到的财政补偿难以弥补公共卫生服务成本，公共卫生机构卫生服务工作得不到足额补偿，最终导致政策执行机构实施医防融合动力不足[15]。

2.2.4 相关配套机制亟待完善：一方面，缺乏有效的激励机制。激励机制是助推医疗机构承担公共卫生服务，调动临床卫生技术人员参与到公共卫生工作之中的关键，当前国家层面尚未建立明确的医防融合考核评价标准，各地区对于医疗机构的考核以及医疗机构内部的考核激励都存在较大的自主性，由于提供临床诊疗服务能够给医疗机构和医务人员带来经济收益，各机构较少将公共卫生服务纳入绩效激励的范畴，医务人员参与公共卫生服务的积极性受到影响。另一方面，我国基本医疗保险的“三大目录”均强调医疗费用方面的报销，鲜有体检、预防保健等疾病预防方面的报销项目，现行的几种医保支付方式均存在各自的问题，阻碍了医防融合的顺利进行[16]。

2.3 政策执行方式

2.3.1 执行方式以行政命令为主：整理我国医防融合政

表1 2014—2021年我国全科医生基本情况

Table 1 Basic situation of general practitioners in China from 2014 to 2021

指标	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
全科医生总数（人）	172 597	188 649	209 083	252 717	308 740	365 082	408 820	434 868
每万人口全科医生数（人）	1.28	1.38	1.51	1.82	2.21	2.60	2.90	3.08

表2 我国公共卫生人员基本情况

Table 2 Basic information of public health personnel in China

指标	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
公共卫生人员总数（人）	875 045	876 848	870 652	872 208	882 671	886 554	924 944	958 156
卫生技术人员数（人）	631 558	639 189	646 425	661 616	678 285	689 957	727 229	764 391
每万人口专业公共卫生人员数（人）	6.41	6.39	6.31	6.28	6.34	6.41	6.56	6.79

策文件发现，医防融合政策主要以通知的形式分散在相关文件中，通过行政命令推动自上而下落实，系统性的意见和指导方案并未形成，国务院发文多以宏观规划为主，且相关发文较少，多由国家卫生健康部门发布通知，见表 3。虽然这种行政手段能够在一定程度上推动医防融合政策的执行，但医防融合相关“工作通知”常缺乏强有力的医防融合督导机制，致使具体执行过程中缺乏约束力，医防融合工作流于形式，执行效果不佳。

2.3.2 政府管控“越位”，疾控机构发展受限 医防融合服务由各地方政府具体实施，在执行过程中极容易陷入误区。以福建三明市医防融合改革为例，在医防融合执行过程中大到体系规划，小到人事任免大都受政府行政体制的制约，由于疾控机构地位边缘化的特点，业务上分层级指导，行政上受当地政府领导，缺乏协调专业公共卫生机构和医疗机构的行政权力，过多的政府干预容易出现“外行管内行”现象，使医防融合工作陷入行政僵化和效率过低等局面[17]。

2.4 政策执行机构的特性和执行者的价值取向

2.4.1 “医”“防”机构之间存在任务冲突：医防融合需要医疗机构和公共卫生机构“合力”发挥作用，由于服务属性不同，导致“医”“防”机构之间存在任务冲突。疾病的成功预防意味着治疗的减少，使治疗业务的收入降低；但医疗机构业务量增加，就代表生病人数增多，则需要减少预防资源的投入。任务冲突的悖论使医疗机构和公共卫生机构处于竞争排斥的尴尬局面，造成医防融合的结果与初衷背道而驰[17]。

2.4.2 缺乏协同模式：一方面，表现为组织协同机制的不健全，不同部门对医防融合的概念理解程度不同，“以健康为中心”只停留在理念层面，各专业机构存在领地化意识，互相独立，逐渐造成公共卫生体系和医疗服务体系之间责任权力、人员队伍、服务范围未能厘清[18]。另一方面，表现为管理机制断裂，医疗与预防之间尚未完全建立整合型工作机制，慢性病的防控未能与治疗康复环节接轨，针对传染病的流行，存在协调不通、疫情监测、报告、预警延误等问题[19]。

2.4.3 政策执行者医防融合意识不强：长期以来，我国“重医轻防”现象普遍存在，上到政府和医疗机构，下到医务人员，对医防融合的认识存在明显不足。全国性抽样调查结果显示，医护人员大部分时间花费在日常诊疗和常规护理，公共卫生工作成为额外的纯累加工作量，受管理机构重医轻防的理念影响，提供预防性公共卫生服务得不到有效的经济激励[20]。由于医疗服务可以带来经济收益，公共卫生服务并不能表现出显著影响和结果，医疗服务常处于核心位置，导致部分公共卫生服务只是形式，逐渐形成“重医轻防”的工作态度[21]。

2.5 系统环境

政治环境方面，自 2016 年，习近平总书记在全国卫生与健康大会上提出防治结合以来，国家陆续出台了许多有关医防融合的政策文件，为医防融合工作的推进提供了有力的政治环境。但是我国医防融合政策呈现出碎片化特点，大多以间接形式出现在其他政策中，缺少专门化、系统化的政策文件对医防融合工作的开展进行监督和指导[22]。经济环境方面，我国医疗卫生服务体系发展不平衡，公共卫生领域投入不足制约了医防融合的发展。社会文化环境方面，医防融合宣传工作不到位，人们对公共卫生存在认知偏差，认为医疗机构是疾病救治的主要渠道，很少积极参与到预防活动中去，文化素养偏低。

3 讨论与建议

3.1 细化政策目标，确定执行标准

目前我国医防融合正处于实践阶段，要想实现一体化的健康管理服务，必须从宏观层面做好政策规划和布局，要在总体目标的指导下，根据医防融合重点工作和

表 3 国家层面推动医防融合的相关政策文件
Table 3 Relevant policy documents to promote the integration of medical and prevention at the national level

序号	文件名称	发文单位	医防融合相关内容概要
1	《“健康中国 2030”规划纲要》	国务院	完善医疗卫生服务体系，优化疾病预防控制机制，努力实现医防结合
2	《中国防治慢性病中长期规划（2017—2025 年）》	国务院办公厅	构建慢性病防治结合工作机制
3	《关于做好 2018 年国家基本公共卫生服务项目工作的通知》	国家卫生健康委员会、财政部等	探索促进基层糖尿病医防融合的服务模式和激励机制
4	《关于做好 2019 年基本公共卫生服务项目工作的通知》	国家卫生健康委员会、财政部等	以高血压、糖尿病等慢性病为突破口促进医防融合
5	《医疗联合体管理办法（试行）》	国家卫生健康委、国家中医药管理局	城市医疗集团和县域医共体应当落实防治结合要求，做到防治服务并重
6	《关于做好 2020 年基本公共卫生服务项目工作的通知》	国家卫生健康委、财政部等	继续深化基层慢病管理医防融合
7	《关于做好 2021 年基本公共卫生服务项目工作的通知》	国家卫生健康委、财政部等	继续以具备医、防、管等能力的复合型医务人员为核心，以高血压、2 型糖尿病等慢病患者健康服务为突破口推进基层慢病医防融合。
8	《关于做好 2022 年基本公共卫生服务项目工作的通知》	国家卫生健康委、财政部等	推进城乡社区医防融合能力提升
9	《“十四五”国民健康规划》	国务院办公厅	聚焦重大疾病、主要健康危险因素和重点人群健康，强化防治结合和医防融合

要求，细化工作目标。其次，国家关于医防融合政策涉及范围较广，具有宏观指导意义，无法顾及各地区的现实条件，因此地方在执行政策过程中，要将政策层层分解，根据政策精神，结合各地区的人口密度、医疗条件制定细化工作目标，根据政策执行阶段、涉及范围，明确政策执行部门的具体目标。

建立医防融合的绩效评价机制，以基层医生团队为绩效考核单元，细化基层高血压和2型糖尿病等慢性病管理的绩效考核指标，将医疗服务效果和公共卫生服务效果共同纳入考核范围，建立以健康结果和居民满意度为导向的考核体系，在收集居民满意度评分等常规量化信息外，也要采集一些非量化的信息，了解居民具体对哪些方面不满意，以改进政策执行效果。同时考核要避免“一刀切”，要制定符合实际情况的绩效考核体系。

3.2 加大资源供给力度

全科医生是医防融合服务的主体和核心，是居民健康的“守门人”，要加强全科医生教育培养和转岗培训，培养承担起预防保健、健康管理、双向转诊等职能全科医生人才。公共卫生人才作为实现全民健康的中坚力量，要强化公共卫生人才队伍建设，优化公共卫生人才培养模式，以培养复合型卫生人才为目标，培养高层次、多学科背景的专业卫生人才[23]。信息技术方面，完善全民健康信息平台，实现各级各类医疗和公共卫生机构之间的信息互联互通，对居民健康数据进行深入挖掘和分析，提高信息利用率和利用能力。推动建立行之有效的公共卫生服务补偿机制，通过增加财政投入保证公共卫生机构正常运行的同时，建立以居民健康为导向的医保资金激励机制，对承担公共卫生任务的医疗机构给予足额补偿[14]，促进医疗机构主动做好预防保健和分级诊疗工作；同时还要建立体现医务人员劳动价值的激励机制，将医务人员在提供医防融合服务过程中所承担的公共卫生配合工作纳入到薪酬体系当中，坚持多劳多得，优绩优酬的激励原则。政府在实施医防融合过程中应充分识别居民的需要和需求，探索建立医保复合型给付方式，将健康管理、预防保健等项目纳入到医保支付的范畴。

3.3 丰富政策执行方式

采取多元化政策执行方式，以行政手段为主，探索制定系统化、专门化的医防融合工作的指导意见，借助相应的经济和法律手段，强化监督检查。政府适当放权和赋权，明确疾控机构的职能定位，探索建立垂直管理的疾控体系，赋予疾控机构在一定范围内能够组织、协调医疗机构和公共卫生机构的权利，保障医防融合工作的顺利推进。

3.4 探索医防机构利益共同点，完善“协同机制”

医疗体系和公共卫生体系合作不够紧密，最主要的原因是双方都在追求各自利益最大化，合作动机不足。首先，要合理把握医防融合的紧密程度，通过“激励相融”理论，将各级代理人和委托人进行利益“捆绑”[15]，探索政策执行机构间的利益共同点。其次，政府应该发挥医疗保障的杠杆调节作用，促进机构间的协调运作[24]，完善医保支付方式的配套改革，使医防机构以“为居民提供一体化健康管理服务”为目标而共同努力。最后，完善医防“协同机制”，厘清公共卫生机构和医疗机构的功能定位，建立目标一致、权责明确的组织体系，构建慢病防治和传染病防控的管理机制，提供全方位、全生命周期的医疗融合服务。

3.5 积极引导政策执行者开展医防融合服务

第一，要发挥卫生健康行政部门的统筹协调作用，制定医疗机构开展医防融合服务的工作责任和服务内容，并争取财政、医保、人力资源和社会保障等部门的更多政策支持[1]。第二，明确医疗机构在疾病预防方面的责任，通过下发文件等方式，贯彻医防融合理念，并考核医防融合工作是否具体落实。第三，针对医务人员医防融合意识不强的问题，要加强职业培训，增强公共卫生专业知识的学习，改变重医轻防的工作态度。第四，加强政策宣传，利用新闻媒介，塑造积极的公共卫生舆论环境，改善公众对于疾病治疗和预防的认知态度，不断提升居民健康素养。

4 小结

医防融合作为实现健康中国战略的重要举措，对于满足人民群众的健康需求具有重要意义，当前我国医防融合正处于实践探索阶段，政策执行过程受多种因素影响，研究基于霍恩－米特模型的6个维度，分析发现我国医防融合存在政策目标不具体、政策标准不明确，政策执行资源不足，执行方式亟需完善，“医”“防”机构之间存在任务冲突、缺乏协同模式，政策执行者医防融合意识不强，系统环境有待改善等问题。因此，要从各维度建立健全医防融合的服务体系，将医疗与预防服务紧密结合，为人民群众提供全生命周期的健康管理。

作者贡献：来庆玲负责文章的设计与构思及文章的撰写；徐川川负责文章整理及校对；冯园园负责文献归纳和政策归纳；梁沛枫选定研究主题；李银山承担论文的修改和审核工作，对论文整体负责。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] 陈家应，胡丹．医防融合：内涵、障碍与对策［J］．卫生经济研究，2021，38（8）：3-5，10. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2021.08.021.

[2] 朱珠，夏迎秋，邢春国，等．我国基层医疗卫生机构医防融合



的问题与对策［J］. 中国农村卫生事业管理，2023，43（2）：90–94，111. DOI：10.19955/j.cnki.1005–5916.2023.02.003.
［3］雷桃，杨金侠 .“医防融合”的概念与理论基础和实现路径［J］. 安徽预防医学杂志，2023，29（1）：1–3，18. DOI：10.19837/j.cnki.ahyf.2023.01.001.
［4］王汉文，汪卓赟，顾维波，等 . 基于彩虹模型的医防协同实施路径探索［J］. 南京医科大学学报（社会科学版），2023，23（1）：21–25.
［5］赵春文，李子鑫，柳松艺，等 . 基于霍恩—米特模型的家庭医生签约服务政策执行障碍因素分析［J］. 中国卫生事业管理，2020，37（12）：884–887.
［6］光心慧，王珩，薛俊军，等 . 基于米特—霍恩模型的紧密型县域医共体运行困境研究［J］. 南京医科大学学报（社会科学版），2021，21（6）：533–537. DOI：10.7655/NYDXBSS20210603.
［7］郭轩荧，杨帆 . 我国基层慢性病医防融合的多种实践形式与推进障碍［J］. 南京医科大学学报（社会科学版），2021，21（3）：201–206. DOI：10.7655/NYDXBSS20210301.
［8］张丁杰，陈家应，刘可慧，等 . 2012—2020 年我国全科医生资源配置公平性及空间分布特征研究［J］. 卫生软科学，2022，36（12）：46–52. DOI：10.3969/j.issn.1003–2800.2022.12.010.
［9］牟燕，刘岩，吴敏，等 . 乡镇卫生院人才队伍建设存在的问题及对策研究［J］. 中国卫生事业管理，2020，37（2）：114–117，156.
［10］林小丹，徐碧霞，王冬，等 . 我国专业公共卫生机构人力资源分布特征及预测分析［J］. 中国卫生事业管理，2021，38（12）：904–908，949.
［11］王坤，毛阿燕，孟月莉，等 . 我国公共卫生体系建设发展历程、现状、问题与策略［J］. 中国公共卫生，2019，35（7）：801–805. DOI：10.11847/zgggws1123311.
［12］于亚航，赵璇，李惠文，等 . 我国基层医疗卫生机构医防整合支持环境现况研究［J］. 中国全科医学，2021，24（1）：52–59. DOI：10.12114/j.issn.1007–9572.2021.00.039.
［13］王子荆，白忠良，李灿灿，等 . 基层医疗卫生机构开展医防融合的 PEST 分析［J］. 现代预防医学，2021，48（14）：2562–2565.
［14］郭锋，万泉，翟铁民，等 . 我国公共卫生投入保障机制研究［J］. 中国卫生经济，2022，41（11）：21–23.
［15］苗艳青，孙华君，杜汋 . 防治结合：内涵、问题与实施路径［J］. 卫生经济研究，2022，39（10）：1–5. DOI：10.14055/j.cnki.33–1056/f.2022.10.001.
［16］张军港，谭清立，吴洋鉴 . 我国医疗保险给付和筹资方式在疾病预防上的效用研究［J］. 卫生经济研究，2020，37（3）：26–28. DOI：10.14055/j.cnki.33–1056/f.2020.03.004.
［17］赵雅静，吴素雄 . 福建三明医防融合实践：局限与对策［J］. 中国卫生事业管理，2022，39（1）：1–3，9.
［18］史卢少博，姚芳，夏怡，等 . 基于共生理论的医防融合路径分析［J］. 卫生经济研究，2021，38（8）：6–10. DOI：10.14055/j.cnki.33–1056/f.2021.08.022.
［19］方鹏骞，王一琳 . 我国医疗卫生体系治理能力及应急响应机制的关键问题与思考［J］. 中国卫生事业管理，2020，37（4）：241–244.
［20］于梦根，赵璇，李惠文，等 . 我国基层医疗卫生机构医护人员对医防整合的认识评价［J］. 中国全科医学，2021，24（1）：40–45. DOI：10.12114/j.issn.1007–9572.2021.00.038.
［21］黄鹏，庄炜，魏丽荣 . 从重大传染病定点救治机构角度探索公立医院医防融合机制的建立［J］. 中国医院，2021，25（8）：1–3. DOI：10.19660/j.issn.1671–0592.2021.8.01.
［22］谷佳伟，张骏，郑彬，等 . 基于共生理论的公立医院医防融合问题剖析与路径探讨［J］. 中国医院管理，2020，40（12）：1–3.
［23］董佩，王坤，毛阿燕，等 . 我国公共卫生与医疗服务融合现状及对策［J］. 中国公共卫生，2020，36（12）：1686–1689. DOI：10.11847/zgggws1133336.
［24］赵春琰，郭维淋，黄泽成，等 . 公共卫生、医疗服务、医疗保障多体系协同机制研究——基于整体性治理理论视角［J］. 中国卫生事业管理，2021，38（3）：171–174.

（收稿日期：2023–12–14；修回日期：2024–03–15）
（本文编辑：崔莎）